

LES INFORMATIONS A REMPLIR AVEC TES PARENTS :

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'espace jeunesse, votre jeune peut être amené à rencontrer différentes situations. Les autorisations suivantes vous sont demandées de manière à s'assurer de votre accord. A noter que les photos et vidéos seront prises en groupe au maximum et de façon neutre.

TES AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,
responsable légal de

Veuillez cocher les autorisations qui vous conviennent :

- Autorise mon jeune à participer aux animations et sorties organisées par l'espace jeunesse.
- Autorise mon jeune à être transporté dans le cadre des activités de l'espace jeunesse soit en voiture particulière, en minibus (navette ou en transport collectif).
- Autorise mon jeune à rentrer seul après les animations.
- Autorise l'espace jeunesse de Val du Layon à utiliser des photos de mon jeune.
- Autorise l'espace jeunesse de Val du Layon à utiliser des vidéos de mon jeune.

Les photos et vidéos pourront apparaître :

Sur le site internet de la Mairie Val du Layon

Sur Facebook

Dans les journaux locaux (Val'Info et Layonvallois)

Sur Instagram

Sur internet (sites spécifiques : camps, ...)

TON ASSURANCE :

Nom de la compagnie d'assurance:

Numéro de téléphone :

Numéro de contrat :

Fait à

Le

Signature du responsable légal certifiant la sincérité et la véracité des informations
contenues dans ce document :



FICHE D'INSCRIPTION ESPACE JEUNESSE VAL DU LAYON

De 11 à 18 ans

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Commune Val du Layon

11 rue Rabelais, Saint Lambert du Lattay 49750 Val du LAYON

✉ jeunesse@valdulayon.fr

☎ 06 11 76 99 88

📘 Jeunesse Val du Layon

📷 Jeunesse Val du Layon



Pour ton inscription, nous avons besoin de tes informations personnelles. Prends le temps de les renseigner avec ta famille.

TOI :

NOM Et Prénom..... Date de naissance :

Adresse :

CP : Commune :

Ton adresse mail :

Ton numéro de portable :

Ton établissement scolaire :

TES RESPONSABLES LÉGAUX :

A remplir si nécessaire

	Parent 1	Parent 2
NOM Et Prénom		
Adresse		
Son numéro de téléphone fixe		
Son numéro de téléphone portable		
Son adresse mail		

LES PERSONNES A PRÉVENIR SI TU AS UN SOUCI:

NOM Et Prénom	Lien de parenté	Numéro de portable

TA FICHE SANITAIRE DE LIAISON :

Suis-tu un traitement médical ? OUI NON
Si oui, pense à me transmettre une copie de ton PAI.

As-tu des allergies ? OUI NON
Si oui, précise-moi laquelle :

As tu un autre problème de santé ? OUI NON
Si oui, lequel ?

Pense à joindre un certificat médical en cas de besoin.

TES VACCINATIONS :

	Oui	Non	Date de vaccination
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Coqueluche			
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b			
Hépatite B			
Pneumocoque			
Méningocoque			
Rubéole - Oreillons - Rougeole ou ROR			

Tu peux trouver toutes les infos sur ton carnet de santé, pense à m'envoyer une copie de tes vaccinations lors de ton inscription.

TON MÉDECIN TRAITANT :

NOM Et Prénom :
Adresse :
Numéro de téléphone :

TES INFOS COMPLÉMENTAIRES :

As-tu toutes autres informations à me faire savoir ?